



# COMUNE DI SENEGHE

PROVINCIA DI ORISTANO

AREA AMMINISTRATIVA E SOCIALE - Ufficio Servizi Sociali - [sociale@comune.seneghe.or.it](mailto:sociale@comune.seneghe.or.it)

All'Ufficio SERVIZI SOCIALI del Comune di Seneghe  
[protocollo.seneghe@legalmail.it](mailto:protocollo.seneghe@legalmail.it)

## MODULO RICHIESTA NUOVI PIANI L.162/98. ANNO 2025

### DATI DEL RICHIEDENTE:

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a SENEGHE in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### CHIEDE L'ATTIVAZIONE PER L'ANNO 2025

di un NUOVO piano personalizzato L.162/98 a favore di:

### DATI DEL DISABILE BENEFICIARIO:

**se medesimo**

*oppure*

**altra persona** (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a SENEGHE in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di:

- familiare referente
- titolare della responsabilità genitoriale
- incaricato della tutela/curatela/amministrazione di sostegno (allegare decreto di nomina)

### DICHIARA

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- Composizione del nucleo familiare:

Cognome e Nome	Età	Relazione di parentela	numero di ore giornaliere di assistenza dedicate alla persona con disabilità



# COMUNE DI SENEGHE

PROVINCIA DI ORISTANO

AREA AMMINISTRATIVA E SOCIALE - Ufficio Servizi Sociali - [sociale@comune.seneghe.or.it](mailto:sociale@comune.seneghe.or.it)

- In riferimento alla composizione del nucleo dichiara che:
  - La persona con disabilità vive sola;
  - Il nucleo familiare è composto da più persone con disabilità grave che presentano il piano personalizzato. Indicare il nome \_\_\_\_\_;
  - La persona con disabilità grave vive con soli familiari di età superiore ai 75 anni o che sono affetti da gravi patologie da documentare con certificazione attestante la grave patologia corredata da esaustiva documentazione medica. Indicare il nome \_\_\_\_\_;
  - La persona con disabilità grave a carico vive in famiglia dove è presente un solo genitore o, in assenza di genitori, un familiare convivente,
  - Nel proprio nucleo familiare sono presenti figli sotto i tre anni.
- di essere in possesso del riconoscimento ai sensi della L.104/92 art.3 comma 3;
- di aver fatto compilare al proprio Medico la SCHEDA SALUTE;
- che la persona DISABILE BENEFICIARIA del piano ha percepito **nell'anno 2024** i seguenti **EMOLUMENTI**:

TIPOLOGIA DI EMOLUMENTO	IMPORTO ANNUALE
NESSUNO	
1-Pensione Invalidità civile	
2-Indennità di frequenza	
3-Indennità di accompagnamento	
4-Assegno sociale	
5-Pensioni o indennità INAIL	
6-Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	
7-Assegni mensili continuativi erogati a favore di:	
- L.R. n. 27/83 – talassemici, emofilici ed emolinfopatici maligni.	
- L.R. n. 11/85 – nefropatici	
- L.R. n. 20/97 – persone affette da patologie psichiatriche	
- L.R. n. 9/2004 - persone affette da neoplasie maligne	
8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	
9- Altro (specificare)_____	

- che la persona DISABILE BENEFICIARIA del piano ha USUFRUITO **nell'anno 2024** dei seguenti **SERVIZI** (nei servizi fruiti non dovranno essere indicati i servizi erogati con i fondi della L. 162/98, l'assistenza scolastica di base stabilita e garantita per legge dalla L. 104/92, né i servizi pagati privatamente e interamente dalle famiglie):

Servizio fruito	Soggetto erogatore	n. ore settimanali	n. settimane annuali
NESSUNO			
Inserimento socio lavorativo, servizio civile			
Asilo nido			
Scuola materna			
Corsi di formazione			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti			



# COMUNE DI SENEGHE

PROVINCIA DI ORISTANO

AREA AMMINISTRATIVA E SOCIALE - Ufficio Servizi Sociali - [sociale@comune.seneghe.or.it](mailto:sociale@comune.seneghe.or.it)

pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata ASL			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			

- che il disabile beneficiario o un familiare/parente convivente ha fruito di ore di permesso dal lavoro previste dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per assistenza alla persona con disabilità, per un totale riferito all'anno 2024 per n. giorni \_\_\_\_\_ di n. ore \_\_\_\_\_ ciascun giorno.
- Di allegare il nuovo modulo di dichiarazione modalità di pagamento;
- Di aver preso visione dell'avviso pubblico L.162/98 del Comune di Seneghe e la relativa informativa al trattamento dei dati personali;

## ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE

- Fotocopia di un **documento di identità e Codice Fiscale** in corso di validità del destinatario del piano e del dichiarante se diverso;
- Fotocopia del verbale di riconoscimento **L.104/92 art.3 comma3**;
- Attestazione **ISEE socio-sanitario 2025**;
- SCHEMA SALUTE** compilata dal Medico;
- Modulo di dichiarazione modalità di pagamento
- altri documenti se necessari.

Seneghe, lì \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_